

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília		
Formulário HCFAMEMA		
LISTA PARA VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA – CHECK LIST		
Código: HCF-NSRP-FOR-1	Revisão: 0	Página: 1 de 2

Unidade: _____	Nº da Sala Cirúrgica: _____
Nome completo do paciente: _____	Data de Nascimento: _____
Registro: _____ Unidade de origem: _____	Leito: _____ Data: _____
Cirurgia proposta: _____	

Modalidade: () Ambulatorial () Eletiva () Eletiva leito-dia () Urgência () Emergência

Encaminhamento do paciente ao Centro Cirúrgico (Unidade de Cuidado/Hospital-dia)	Admissão do paciente ao Centro Cirúrgico	Antes da Indução anestésica (Check in)	Antes de iniciar a cirurgia (Time out)	Antes do paciente sair da SO (Check out)
1. Identificação do paciente <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 2. Prontuário completo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 3. Sítio cirúrgico demarcado (lateralidade) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NSA 4. TCLE e avaliação anestésica <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 5. TCLE do procedimento cirúrgico <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 6. TCLE transfusional <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NSA 7. Jejum <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 8. Exames laboratoriais <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 9. Exames de imagem <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NSA 10. Banho com clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Sim/horário: _____ <input type="checkbox"/> Não	1. Identificação do paciente <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 2. Prontuário completo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 3. Sítio cirúrgico demarcado (lateralidade) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NSA 4. TCLE e avaliação anestésica <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 5. TCLE do procedimento cirúrgico <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 6. TCLE transfusional <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NSA 7. Jejum <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 8. Exames laboratoriais <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 9. Exames de imagem <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NSA 10. Banho com clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Sim/horário: _____ <input type="checkbox"/> Não	1. Confirmação do paciente <input type="checkbox"/> Paciente Certo: Identificação <input type="checkbox"/> Local certo: demarcação <input type="checkbox"/> Procedimento certo: checagem do procedimento <input type="checkbox"/> Documentação certa: TCLE anestésico e cirúrgico, exames <input type="checkbox"/> Posicionamento certo: de acordo com o procedimento a ser realizado 2. Montagem da SO de acordo com o procedimento a ser realizado <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 3. Revisão dos equipamentos de anestesia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 4. Materiais de via aérea disponíveis e funcionantes <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NSA 5. Via aérea difícil/risco de aspiração <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 6. Tipo de anestesia: _____ _____	1. Apresentação oral, nome e função de todos os profissionais <input type="checkbox"/> Staff <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 1º cirurgião <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 2º cirurgião <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Anestesista <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Circulante <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 2. Cirurgiões, anestesistas e equipe de enfermagem confirmam verbalmente: <input type="checkbox"/> Identificação do paciente <input type="checkbox"/> Sítio cirúrgico <input type="checkbox"/> Procedimento a ser realizado 3. Placa de cautério <input type="checkbox"/> Posicionada <input type="checkbox"/> NSA 4. O ATB profilático foi administrado nos últimos 60 min: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 5. Exames de imagem estão disponíveis? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NSA	1. Procedimento realizado (confirmação verbal pelo circulante): _____ _____ _____ 2. A contagem de compressas/gazes, agulhas e instrumentais está correta? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 3. Peças anatômicas/culturas estão identificadas adequadamente e requisição preenchida? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NSA 4. Houve algum problema com equipamento que deva ser resolvido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

<p>11. Tricotomia: () Sim () Não () NSA Local: _____ _____ Horário: _____ () Realizado pelo próprio paciente/no domicílio</p> <p>12. Retirada de próteses e adornos () Sim () Não () NSA</p> <p>13. Identificação de alergias () Sim () Não Alergia á _____ _____ _____ _____</p> <p>14. Suspensão de terapia anticoagulante () Sim () Não () NSA</p> <p>Obs.: _____ _____ _____ _____</p>	<p>11. Tricotomia: () Sim () Não () NSA Local: _____ Horário: _____ () Realizado pelo próprio paciente/no domicílio</p> <p>12. Retirada de próteses e adornos () Sim () Não () NSA</p> <p>13. Identificação de alergias () Sim () Não Alergia á _____ _____ _____ _____</p> <p>14. Suspensão de terapia anticoagulante () Sim () Não () NSA</p> <p>Obs.: _____ _____ _____ _____</p>	<p>7. Há risco de perda sanguínea >500ml (ou 7ml/kg em crianças)? () Sim () Não</p> <p>8. Reserva sanguínea? () Sim () Não</p> <p>9. Acesso venoso adequado e pérvio? () Sim AVC: _____ AVP: _____ () Não</p> <p>10. Identificação de alergias () Sim () Não Alergia á _____ _____ _____ _____</p> <p>Obs.: _____ _____ _____ _____</p>	<p>6. Revisão do cirurgião:</p> <ul style="list-style-type: none"> quais são as etapas críticas ou inesperadas? _____ duração da cirurgia? _____ perda sanguínea esperada? () Sim () Não <p>7. Revisão do anestesista: há alguma preocupação específica em relação ao paciente? () Sim () Não</p> <p>8. Revisão de equipe de enfermagem:</p> <ul style="list-style-type: none"> houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? () Sim () Não Há alguma preocupação em relação aos equipamentos? () Sim () Não Os materiais solicitados para a cirurgia estão disponíveis () Sim () Não <p>Obs.: _____ _____ _____ _____</p>	<p>5. Recomendações importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente: - Cirurgião: _____ _____ _____</p> <p>- Anestesista: _____ _____ _____</p> <p>- Enfermagem: _____ _____ _____</p> <p>_____ Anestesista (Nome e Carimbo)</p> <p>6. Verificar se há exames a serem realizados antes do retorno ao leito (ex:Raio X)</p> <p>_____ Cirurgião Assistente (Nome e Carimbo)</p>
<p>Enfermagem (Nome e Carimbo)</p>	<p>Enfermagem (Nome e Carimbo)</p>	<p>Enfermagem (Nome e Carimbo)</p>	<p>Enfermagem (Nome e Carimbo)</p>	<p>Cirurgião Assistente (Nome e Carimbo)</p>